



## Universidades Lusíada

Löhr, Suzane Schmidlin  
Melo, Márcia Helena da Silva  
Salvo, Caroline Guisantes de  
Silvares, Edwiges Ferreira de Mattos

### **Prevenção e promoção da saúde : um desafio na formação de psicólogos**

<http://hdl.handle.net/11067/761>  
<https://doi.org/10.34628/6nxq-zk92>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2013

**Resumo**

A graduação em psicologia busca a formação generalista do futuro profissional, porém, enquanto área de saúde emergente, os cursos de psicologia no Brasil tendem a reproduzir o modelo tradicional curativo, ou seja, pouca ênfase à vocação para prevenção e promoção de saúde permeia a formação do psicólogo. Essa contingência tem deixado lacunas na formação do profissional, visto que poucas ações comunitárias e de reflexão sobre a prevenção e a promoção de saúde são contempladas nos currículos e está...

**Palavras Chave**

Psicólogos - Formação - Brasil, Promoção da saúde

**Tipo**

article

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] RPCA, v. 04, n. 2 (Julho-Dezembro 2013)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-16T21:20:22Z com informação proveniente do Repositório

---

**PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
UM DESAFIO NA FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS**

**PREVENTION AND HEALTH PROMOTION:  
A CHALLENGE IN THE PSYCHOLOGISTS' TRAINING**

**Suzane Schmidlin Löhr**

*Professora Adjunta do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, Departamento de Teorias e Fundamentos da Educação.*

**Márcia Helena da Silva Melo**

*Professora Doutora do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.*

**Caroline Guisantes De Salvo**

*Professora Doutora da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná*

**Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras**

*Professora Titular do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.*

Endereço para correspondência:

Suzane Schmidlin Löhr

Av. Candido Hartmann, 570 conj 311/312

CEP 80730-440 Curitiba- Paraná

Márcia Helena da Silva Melo

Departamento de Psicologia Clínica

Av. Prof. Mello Moraes 1721 (Bloco F)

CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo - SP

**Resumo:** A graduação em psicologia busca a formação generalista do futuro profissional, porém, enquanto área de saúde emergente, os cursos de psicologia no Brasil tendem a reproduzir o modelo tradicional curativo, ou seja, pouca ênfase à vocação para prevenção e promoção de saúde permeia a formação do psicólogo. Essa contingência tem deixado lacunas na formação do profissional, visto que poucas ações comunitárias e de reflexão sobre a prevenção e a promoção de saúde são contempladas nos currículos e estágios de formação em psicologia; ações estas que se encontram entre as demandas mais atuais requeridas aos profissionais. Frente a estas necessidades emergentes, este artigo busca descrever propostas de atuação preventiva e de promoção de saúde passíveis de serem desenvolvidas na graduação em psicologia, visando o amplo desenvolvimento pelo aluno de recursos para uma atuação que vá além da perspectiva curativa/ clínica e que contribua para formação generalista do psicólogo. O trabalho é permeado, inicialmente, pelas contribuições à ciência preventiva no âmbito internacional. Em seguida, o texto aborda a realidade brasileira em relação a tais vertentes. Neste ponto são identificados estudos nacionais desenvolvidos nos serviços-escola de psicologia que rompem com as intervenções tradicionais. Enfatiza-se a incipiência de intervenções preventivas e promoção de saúde na formação em psicologia tendo em vista as poucas instituições de ensino que incluem em seus currículos disciplinas ou atividades de estágio com tais enfoques. A qualificação de profissionais para atuar preventivamente e na vertente de promoção da saúde é fundamental para auxiliar a sociedade a mudar a perspectiva de atuação.

**Palavras-chave:** Psicologia; Formação; Promoção de Saúde; Prevenção.

**Abstract:** The graduation in psychology aims a generalist formation of the future professional, however, discussing psychology as an emerging health area, the Brazilian psychology's courses tend to reproduce the curative traditional model, which means that little emphasis on vocation for prevention and health promotion are around the psychologists formation. This contingency has left lacunas in the graduation of the future professional, because little communitarian actions and reflections about prevention and health promotion are contemplated in the curriculum and internships of psychological formation, actions that are the most current demands of professional. Thinking about these emerging necessities, the presenting article has the goal to describe prevention proposals for actions and health promotion possible to be developed in the graduation of psychology's courses, aiming a wide development by the student of resources that go beyond the curative/clinical perspective and contribute to a generalist formation of the psychologist. The article is, initially, permeated by preventive science's contributions to an international extent. And then, the text approaches the Brazilian reality concerning this issue. At this point, it is identified national studies developed at psychology's school services that break with the traditional interventions. It is emphasized the incipience of preventive interventions and

health promotion in the psychology's formation thinking about the few teaching institutions that include in their curriculum classes or internship's activities with such approach. The qualifications of professionals to work preventively and in the approach of health promotion are fundamental to help society to change its perspective of acting.

**Key-words:** Psychology; Formation; Health promotion; Prevention.

## Introdução

Hoje é bastante difundida a noção de que ações preventivas são mais efetivas, além de envolverem menor custo financeiro. Diferentes áreas voltam-se para esta vertente de intervenção. É assim que ações preventivas são discutidas e começam a ser implantadas em escolas. As empresas mudam seu foco para a prevenção, procurando minimizar riscos de acidentes os quais, além de prejuízo direto para os envolvidos, têm alto ônus financeiro para a empresa. Políticas públicas em implantação no Brasil, como o Programa de Agentes Comunitários ou o Programa de Saúde da Família, têm forte apoio na compreensão de que a prevenção é o melhor caminho para a Saúde coletiva e dão inclusive um passo além da prevenção, estimulando ações que promovam a saúde da população. Na clínica, autores como Ribes (1990) e Bayes (1987) defendem a vocação preventiva da psicologia. Segundo tais autores, a psicologia apoiada na análise do comportamento, ao estudar em profundidade o comportamento humano, é uma das ciências que mais pode contribuir para a prevenção.

Este trabalho tem como objetivo discutir possibilidades e limites dos enfoques preventivo e de promoção de saúde na formação dos alunos dos cursos de psicologia brasileiros.

Segundo Ribes (1990) e Bayes (1987) a psicologia tem um importante trunfo: ao estudar o comportamento humano desenvolveu recursos para prever o comportamento antes mesmo de sua emissão. Assim, utilizando este conhecimento é possível agir no sentido de evitar o surgimento de comportamentos que possam ser prejudiciais à própria pessoa, ou a outrem. Ou seja, nós, psicólogos, podemos contribuir significativamente na implantação de ações visando a promoção da saúde de todos.

As pesquisas já acumularam significativo conhecimento sobre fatores que favorecem o desenvolvimento de problemas psicológicos e sobre a eficiência de intervenções preventivas visando coibir o surgimento de dificuldades de ordem comportamental ou emocional. Estudos revelam que 50% dos transtornos mentais têm início na infância ou na adolescência (Kessler & cols., 2005) e 20% dos adolescentes que estão na escola precisam de tratamento para problemas psicológicos específicos (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Somado a isso, os transtornos subclínicos ou que não foram diagnosticados na infância ou adolescência constituem risco para o desenvolvimento de problemas futuros, e frequentemente são carregados para a idade adulta (Mash & Graham, 2005), afetando sobremaneira o desempenho dessas pessoas em seu cotidiano. A implantação de ações voltadas para a prevenção poderia reduzir o ônus financeiro para a sociedade ao diminuir as despesas com consultas, hospitalizações, medicamentos, ou mesmo com policiamento, já que ações educativas e cuidados desde a infância poderiam reduzir a violência. O efeito multiplicador da prevenção e da promoção da saúde tem potencial para impactar positivamente sobre toda a população viabilizada pela criação de instrumentos que oportunizassem qualidade de vida para todos.

Ações preventivas têm cunho educativo e para que atinjam toda a população, precisam ter respaldo governamental. No Brasil a saúde da população no âmbito público é atendida e gerenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é descrito por Guaresch, Bennemann, Dhein, Reis e Machry (2009) como um marco na redemocratização do país, promotor da saúde coletiva e para atingir toda a população precisa atuar preventivamente e na promoção à saúde. Se os estudos mostram como ações preventivas podem melhorar a qualidade de vida, é importante levantar como as universidades tem formado os acadêmicos para esta área de atuação profissional. As autoras analisaram currículos dos cursos de Psicologia de um estado brasileiro, o Rio Grande do Sul, e identificaram o despreparo que a graduação fornece aos acadêmicos de psicologia para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS). O despreparo dos psicólogos para esta nova abordagem focada na prevenção e promoção da saúde aponta para o momento de transição em que nos encontramos. Sabemos da importância das ações preventivas e de promoção da saúde e temos realizado pesquisas neste sentido. A legislação nacional está mudando e incluindo o psicólogo nas equipes interdisciplinares, mas a formação dos psicólogos ainda não conseguiu absorver na íntegra esta nova perspectiva, mantendo-se, em alguns momentos, presa ao modelo tradicional, baseado no modelo clínico e direcionado para a doença. As autoras do presente trabalho destacam que a Psicologia Social e Comunitária poderiam facilitar este aspecto, ao influenciar mudanças nas produções teóricas, metodológicas e na prática psicológica. Identificaram em algum dos currículos a disciplina Saúde propondo discussão das concepções de saúde na contemporaneidade com enfoque interdisciplinar.

Staliano, Araujo e Lapa Coelho (2009) analisaram os trabalhos de conclusão de curso de psicologia sobre a intervenção junto a Agentes Comunitários de Saúde, outra estratégia com ênfase na prevenção e promoção de saúde, no município de Campo Grande- Brasil. Identificaram que os psicólogos eram chamados a compor equipes multiprofissionais, o que os fazia recorrer a cursos de especialização no sentido de desenvolver as habilidades que a graduação não havia fornecido. Paiva e Yamamoto (2010) destacam a formação em Psicologia Social no Brasil como precária e que a inserção do psicólogo no campo das

polícias e práticas sociais constitui-se em um novo espaço de atuação, exigindo prática diferente da tradicional, de cunho psicossocial e que venha a ocorrer de forma interdisciplinar.

Carvalho Teixeira (2002) descreveu o percurso da psicologia da saúde em Portugal, destacando seu início em 1987 e as sucessivas ações que foram sedimentando-a naquele país. Embora a Psicologia da Saúde seja um espaço para a prevenção e promoção de saúde, o que o autor encontrou foi uma tendência a focar variáveis psicológicas relacionadas à doença em detrimento das relacionadas à saúde. Destaca que isto se deve ao predomínio do modelo da psicologia clínica e o pouco interesse de psicólogos ligados a outras áreas, como a social e das organizações, para enfatizar a promoção de saúde.

Como modelo conceitual e operativo a prevenção tem suas raízes nas medidas de Saúde Pública, que centralizam suas preocupações com o bem-estar da população. Segundo Mrazek e Haggety (1994), a Comissão de Doenças Crônicas norte-americana classificou já em 1957 a prevenção de doenças em primária, secundária e terciária. A classificação que nasceu na clínica ganhou espaço e hoje é utilizada em outros âmbitos, como escola, empresa ou comunidade.

Leavell e Clark (1965) utilizaram o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo que comporta os três níveis de prevenção. Segundo os autores, a prevenção primária comportaria a promoção de saúde e a proteção específica contra doença e agentes patogênicos. A prevenção secundária trataria do diagnóstico e tratamento precoce, enquanto a prevenção terciária, buscaria a reabilitação e a limitação da invalidez. Para facilitar a diferenciação das três formas de prevenção, pode-se utilizar a seqüência temporal do problema. Medidas tomadas antes do seu início correspondem à prevenção primária, que neste sentido diminui a sua incidência. Segundo Buss (2009), esse nível de prevenção constaria de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral ótima pela proteção específica do homem contra variáveis de risco. Como parte desse primeiro nível de prevenção, as medidas adotadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Nesse nível de prevenção poderiam ser descritas estratégias como aconselhamento e educação a pais, esporte e lazer, educação sexual, aconselhamento pré-nupcial, entre outras. As medidas usadas durante o desenvolvimento do problema podem ser nomeadas de prevenção secundária. Neste caso serão providenciadas estratégias para reduzir o número de casos existentes na população (prevalência). Nesse nível de prevenção a identificação de características de vulnerabilidade e de fatores de risco associados ao desenvolvimento de patologias tornam possível a atuação sob contextos em que este é aumentado. Assim, intervenção que buscam, por exemplo, agir sob contextos infantis de vulnerabilidade ao desenvolvimento, como carências afetivas e sócio-culturais, planos de ação junto a mães de bebês prematuros para estimulação precoce dos mesmos, entre outros, configuram a prevenção secundária (Pérez-Ramos, 1990). Por último, se diz que a prevenção é terciária

se as medidas são aplicadas quando o problema já está em curso. Pode-se dizer que este tipo de prevenção procura minimizar os efeitos do problema, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais, através da reabilitação e reintegração social assim como da prevenção de recaídas. Aqui estão elencadas, por exemplo, as estratégias voltadas a crianças portadoras de deficientes (motoras, cognitivas, visual, auditiva) com a principal finalidade de atenuar os efeitos de tais distúrbios (Pérez-Ramos, 1990), os grupos operativos em contextos de bem-estar social e saúde mental, entre outras (Yoshida, 1999).

Gordon (1987), por sua vez, classifica as intervenções preventivas com base no público-alvo, considerando a relação custo-benefício. Desse modo, seriam três os tipos de ação preventiva: universal, seletiva e indicada. A primeira é destinada à população em geral ou a todos os integrantes de um grupo específico, tais como mulheres grávidas, crianças ou idosos. Nesta modalidade de ação preventiva, os benefícios superam os custos e os riscos.

Na ação seletiva, a intervenção é direcionada a um grupo de risco, distinto seja por idade, gênero, histórico familiar ou ocupação. Neste caso, como ainda não há o desenvolvimento do problema, a relação custo-benefício é justificada em virtude do alto risco ao qual a referida população encontra-se exposta. A ação indicada é aplicada a pessoas que apresentam alto risco de desenvolvimento de doenças em função de algum fator genético, condição ou anormalidade. O autor inclui nesta categoria os indivíduos que, mesmo não manifestando sintomas, enquadram-se em uma situação clínica. Geralmente, os custos são significativos e os benefícios não são totalmente favoráveis aos participantes da ação, podendo ocorrer efeitos colaterais, o que leva a avaliar o custo-benefício e à extensão da medida apenas ao grupo de risco.

Uma década posterior à publicação de Gordon (1987), foi realizado um estudo de meta-análise por Durlak e Wells (1997), centrado nos trabalhos preventivos com crianças e adolescentes. A pesquisa identificou dois enfoques nestes programas: voltados para *promoção das competências* ou para *promoção da saúde*.

Quanto aos níveis de intervenção os autores destacaram os estudos a) *centrados na pessoa* ou b) *centrados em alterações promovidas no ambiente* que indiretamente venham a exercer ação sobre a população-alvo. Os primeiros constituíram a maioria dos programas, observando-se 106 casos contra 25. Referindo-se aos tipos de populações-alvo, estes autores classificaram os programas como universal (destinados a toda a comunidade de uma estipulada faixa etária), grupo de risco (todos da comunidade que compõem um grupo de risco, como filhos de pais alcoolistas, crianças de baixa renda dentre outros) e de transição (indivíduos que passam por uma etapa marcante e decisiva do desenvolvimento, como crianças que ingressam na escola).

Revisando 177 programas americanos de *prevenção primária* para crianças e adolescentes, Durlak e Wells (1997) chegaram a conclusões positivas sobre este tipo de intervenção, verificando que (a) o nível de satisfação com os programas foi tão



alto quanto o alcançado por programas preventivos desenvolvidos em áreas afins à da Psicologia, como é o caso da Medicina e das Ciências Sociais; (b) as condições apresentadas pelos grupos que receberam tratamento, independentemente do tipo de programa, foram significativamente mais satisfatórias que as do grupo controle e (c) os resultados obtidos com as intervenções atingiram um duplo efeito: tanto reduziram problemas como aumentaram competências.

Os resultados encontrados por Durlak e Wells (1997) parecem refletir um avanço das intervenções preventivas quando comparados aos dados de McClure e cols. (1980), analisados a partir de 176 artigos publicados em revistas especializadas em Psicologia Comunitária e Social entre os anos de 1975 e 1978. Os estudos do passado se voltavam predominantemente para conceituações teóricas e raramente para ações interventivas. Além disso, caracterizavam-se por uma qualidade questionável e não apresentavam propostas inovadoras, pouco se distinguindo dos trabalhos clínicos individuais, contra os quais a psicologia comunitária havia se insurgido.

Apesar das diferenças nos resultados encontradas por MacClure e cols. (1980) e Durlak e Wells (1997), ambos enfatizam traços distintivos dos programas de intervenção na comunidade, contrastando com os programas clínicos tradicionais: os programas de intervenção na comunidade enfatizam a prevenção e a promoção de competência da população-alvo; o modo do serviço de intervenção é pró-ativo (*seeking mode*) e não passivo ou de espera (*waiting mode*) e, por último, o cliente não é mais o indivíduo e sim o grupo.

Considerando que um dos papéis do psicólogo reside na capacitação dos indivíduos a fim de efetivar sua participação na vida da comunidade, um dos aspectos em que a psicologia pode contribuir é auxiliando as pessoas no desenvolvimento de competências que lhe permitam melhorar a qualidade de suas relações com os demais. O objetivo principal consiste em que este indivíduo sintam-se bem consigo e otimize suas interações, seja com o mundo físico seja com o social. Como conseqüência direta, a aquisição de competências reduz a probabilidade de desenvolvimento de condutas que comprometam a qualidade das relações interpessoais, constituindo uma relevante forma de prevenção. Esta é a idéia de alguns autores (e.g. Spence & Matos, 2000; Arthur, Hawkings, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002), os quais enfatizam a crescente necessidade de se pensar em programas preventivos que promovam competências, com atuação da comunidade.

Autores como St. Pierre e Kaltreider (2001), Webster-Stratton, e Taylor (2001), Bierman (2004), Buhs, Ladd e Herald-Brown (2010) demonstram preocupação com as crianças rejeitadas por seus pares, evidenciando estreita correlação entre crianças rejeitadas e conduta disruptiva na juventude, envolvendo uso de drogas, evasão escolar e delinqüência juvenil. Segundo os autores citados, as crianças rejeitadas pelos pares vêm de uma história familiar de interações coercitivas, com tendência à agressividade, não cooperação e violação de regras. Todos estes elementos comprometem diretamente a qualidade das relações interpessoais,



gerando déficits de competência social. Tal conhecimento fez com que alguns trabalhos fossem desenvolvidos, tentando reverter o ciclo disfuncional.

Lamal (1997) ao desenvolver análises da cultura, mostra como o conhecimento psicológico pode ser colocado a serviço da compreensão da cultura, explicando como padrões disfuncionais são mantidos por gerações. Compreender o processo é a primeira etapa para pensar em alguma proposta de mudança naquilo que ao final da análise for percebido como não produtivo para aquele grupo, ou mesmo para a espécie humana. Aqui é importante citar Skinner (1993/1953), o qual, ao avaliar o que estamos fazendo com o mundo, reflete nas ações do homem, nas conseqüências a longo prazo de tais ações e aponta alternativas que possam evitar catástrofes futuras ou até a exclusão da própria espécie humana, caso continuemos a enfatizar o prazer imediato, sem pensar nas conseqüências a longo prazo de nossas ações.

Dado o panorama internacional até aqui descrito, surge o questionamento de como se apresenta a realidade brasileira da psicologia em relação a *ações preventivas* e de *promoção da saúde*. Considerando que a atuação preventiva depende de uma formação específica apoiada na prática profissional, a qual, na psicologia, está geralmente vinculada aos serviços-escola, percebe-se que os mesmos precisam estar devidamente estruturados para tal vertente de intervenção, podendo ofertar aos graduandos recursos para uma atuação que vá além da perspectiva curativa. Nesse sentido, Lacerda Júnior e Guzzo (2005) reconhecem haver, no Brasil, tentativas de “sistematizar intervenções guiadas por lógicas diferentes dos modelos de trabalho individualistas e remediativos” (p. 247). O serviço-escola constitui um espaço para o estudante de psicologia, no qual este, em primeira instância, exercita suas habilidades profissionais, construídas durante a graduação. Trata-se de um espaço regulamentado pela legislação vigente desde a fundação dos cursos de psicologia, e inicialmente atendeu ao modelo médico: hoje, busca atender a novos modelos de atendimento, que dêem conta das recentes demandas do trabalho psicológico (Löhr & Silveiras, 2006).

Em pesquisas que investigam a atuação do psicólogo brasileiro, publicadas pelo Conselho Federal de Psicologia (2005) observa-se a área clínica ainda como grande preferência dos graduados. Entre as hipóteses para estes resultados estão a possibilidade de trabalho autônomo e atuação independente de vagas para contratação. Porém, essa ênfase na clínica não está em consonância com as demandas atuais, que exigem do psicólogo novas formas de atuação que extrapolem a clínica por si só (Löhr & Silveiras, 2006). Será que a falta de formação para atuação em novos campos, abrindo novas perspectivas de inserção profissional, inibem o psicólogo de tentar construir novos espaços, os quais poderão requerer estratégias diferenciadas de ação? Estamos em um momento em que se faz necessário pensar na formação dada nos cursos de psicologia e os reflexos da formação recebida na atuação dos profissionais da psicologia.

Observando as diretrizes para a elaboração dos currículos de psicologia, percebe-se claro estímulo à adaptação dos currículos às necessidades regionais

e flexibilização profissional, o que acarreta uma nova visão do serviço-escola, extrapolando o modelo de atendimento apenas individual e passando a incluir ações comunitárias, assim como reflexão sobre a prevenção e a promoção de saúde. Uma iniciativa que caminha nessa direção é o movimento de integração das universidades com os serviços de saúde, representado mais recentemente pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) – produto da parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, lançado no ano de 2005 – cujo eixo central é a integração entre ensino e serviço. A idéia é que os alunos, desde o início da formação, possam se inserir em práticas de atenção básica à saúde, possibilitando uma formação mais voltada para a comunidade e uma participação mais substancial da psicologia na promoção da saúde. A implantação desse tipo de modalidade de serviço acarreta não só a necessidade de modificações no currículo, mas o preparo dos professores/supervisores do curso de psicologia para atuar nesse contexto.

Apesar das novas diretrizes, estudos sobre serviços-escola brasileiros são escassos nos periódicos de psicologia. A falta de caracterização da população que procura atendimento, bem como de suas queixas, leva a formas de atendimento ineficientes, o que acarreta alta incidência de desistência do tratamento psicológico em tais serviços. Sem conhecer o público a ser atendido, não é possível determinar “quando, onde e especialmente como atender a quem procura ajuda”. Da mesma forma, sem este tipo de estudo, trabalhos preventivos envolvendo as principais demandas da comunidade, não são desenvolvidos (Silvares, Meyer, Santos & Gerencer, 2006).

Foi a partir do trabalho de Ancona-Lopez (1981), que se observa um aumento gradual dos estudos sobre serviços-escola. Ainda assim, na década de oitenta apenas oito estudos sobre o tema foram publicados. Os estudos da década de oitenta descritos por Silvares (1998) apontam dados coerentes com outros citados na literatura (e.g. Ancona-Lopez, 1981, 1983, Santos, 1990) no que tange à caracterização da população que busca as clínicas escola: frequência maior de meninos, na faixa escolar, predomínio de primogênitos, alta incidência de problemas de aprendizagem e comportamento externalizante, tendo como principal fonte de encaminhamento a escola.

Os estudos da década de 90 demonstram que não houve grandes mudanças no quadro da clientela das clínicas-escola: a evasão continuou alta, poucos trabalhos enfocavam a prevenção ou a atenção primária (Silvares 1998). Manteve-se as características da população que busca os serviços, ou seja, predominância dos meninos sobre as meninas, clientela em idade escolar, maior incidência de primogênitos, alta incidência de distúrbios de aprendizagem do tipo externalizante (Silvares, Lino & Gerencer, 2006).

Visando analisar a qualidade do serviço ofertado em uma clínica escola de Ribeirão Preto, Santos, Moura, Pasian e Ribeiro (1993) realizaram pesquisa, a qual identificou entre as falhas do modelo tradicional de clínica escola as filas de espera amplas, o alto nível de desistência, o predomínio da população feminina

solteira, entre outros.

As altas taxas de desistência foram identificadas no estudo de Romaro e Capitão (2003). Estes referem que a evasão em seu estudo, ao longo do atendimento psicológico, correspondeu a 32,5% da amostra, sendo a faixa de 15 a 19 anos (43%) a que obteve o maior índice de evasão.

Lhullier, Nunes e Horta (2006), por sua vez, identificaram, a partir dos prontuários de 429 clientes atendidos em uma clínica-escola de São Paulo, que aproximadamente 49,5% desses desistiram do tratamento. Houve maior desistência em crianças de zero a 12 anos, além de ser identificado efeito da sazonalidade do atendimento, ou seja, para atender a demanda dos estagiários o cliente é transferido entre estagiários durante o ano, ou ao término do semestre, o que contribui para a evasão do mesmo nos momentos de mudança de terapeuta. Esses dados remetem à necessidade de repensar o modelo de funcionamento dos serviços-escola de forma a contemplar com excelência seu duplo papel: a) espaço para o treino de habilidades profissionais específicas dos graduandos; b) contexto que propicia atendimento psicológico à população, necessitando resguardar os direitos e necessidades do público-alvo.

Silvaes (1998) chama a atenção para o fato de que apesar dos estudos indicarem certas necessidades da clientela e a existência de formas de atendê-la mais eficientes, o poder de mudança que os dados já levantados têm sobre o funcionamento dos serviços-escola é pequeno e pouco significativo. Os estudos deveriam ser vistos como diagnósticos institucionais, antecedendo e auxiliando na definição dos melhores tipos de serviços a serem prestados à comunidade, além de propiciarem a busca de formas alternativas de atendimento, que poderiam superar os impasses vivenciados pelos serviços de psicologia.

A partir desses questionamentos sobre a formação do psicólogo e do papel do serviço-escola, Silvaes propôs a criação, em 1991, junto à Associação Nacional de Pesquisa e Pós graduação em Psicologia (ANPEPP), de um grupo de trabalho para pensar no papel dos serviços-escola. Este grupo desenvolve uma pesquisa envolvendo consulta a acadêmicos de psicologia, professores supervisores e gestores de serviços-escola de todo o país e os resultados de tal consulta encontram-se em fase de tabulação, embora alguns dados preliminares apontem ainda para a centralização na clínica, com o despontar de ações comunitárias. Algumas ações caminhando na perspectiva do psicólogo atuar na promoção de saúde e na prevenção psicológica, descritos na literatura, ou fruto da experiência dos pesquisadores que compõem o grupo de trabalho serviços-escola da ANPEPP podem constituir estímulo para a reflexão sobre novas propostas de atendimento à comunidade por parte dos serviços-escola, capacitando os futuros profissionais para atuarem em uma sociedade que pede maior flexibilidade e capacidade de adaptação às novas contingências, por parte dos profissionais.

Pretende-se a seguir, discorrer brevemente sobre tais alternativas, deixando claro que constituem apenas relato de algumas experiências, sendo possível a criação de inúmeras alternativas de trabalho. O foco maior das experiências que

serão descritas a seguir, está em ações voltadas à saúde, migrando da vertente clínica para uma de promoção da saúde, descrevendo algumas ações preventivas realizadas em âmbito escolar.

Silvares tem desenvolvido e orientado trabalhos (e.g. Melo, 1999; Silvares, 2000; Melo, 2003, 2006) diretamente na comunidade no formato de sucursais da clínica escola onde o atendimento é realizado na própria comunidade, invertendo, como cita a autora, o caminho e propiciando atendimento psicológico muitas vezes antecedendo a instauração de problemas. Neste sentido, Silvares (2000) orientou seus alunos de graduação a realizar intervenção preventiva em uma escola pública voltada para as dificuldades de atenção e organização de crianças entre 7 e 10 anos de idade. Em quatro reuniões semestrais com os professores dessas crianças, foram mostrados vídeos de suas aulas com intuito de favorecer mudanças nos padrões de interação com seus alunos. Professores e observadores concordaram quanto às melhoras alcançadas na competência social e nos problemas comportamentais dos alunos; as crianças ficaram mais atentas durante as tarefas em sala de aula bem como passaram a interagir mais com seus professores sem, contudo, que seus efeitos perdurassem. Apesar das limitações enfatizadas pela autora e a necessidade de uma intervenção ampliada, a proposta de inversão de fluxo de atendimento psicológico atingiu seu objetivo maior que consistiu em reduzir a evasão durante o atendimento, visto que nenhum dos integrantes desistiu do tratamento. Este, com certeza é um requisito indispensável ao sucesso de qualquer procedimento, seja ele psicológico ou não.

Mello (2003) desenvolveu em seu doutorado um estudo preventivo multifocal, em uma comunidade de risco para a prevalência da delinquência, a fim de promover maior aceitação da criança no entorno escolar. Os professores foram orientados na introdução de novos procedimentos com ênfase no relacionamento interpessoal estabelecido em sala de aula, desenvolvendo habilidades sociais em crianças, treinando seus responsáveis em procedimentos de instruções específicas com intuito de melhorar as práticas educativas adotadas por eles. A intervenção com professores foi adaptada de um programa adotado em escolas espanholas, desenvolvido por Trianes e Muñoz (1994). Este modelo de intervenção forneceu uma nova forma de intervenção psicológica, rompendo os limites impostos pela clínica tradicional - restrita ao ambiente familiar - na medida em que promoveu o envolvimento efetivo da Escola que sabidamente tem um destacado papel no desenvolvimento infantil.

Respaldaado nos estudos empreendidos por autores como Patterson, Reid e Dishion (1992), Biglan, Metzler e Ary (1994), Dumka, Roosa, Michaels e Suh (1995), Kazdin (1995), McFadyen-Ketchum e Dodge (1998), Biglan e Smolkowski (2002), Melo (2003) amplia sua proposta inicial (Melo 1999) - sem tirar o foco da prevenção - envolvendo além da família, os professores e os colegas de classe de crianças indicadas para atendimento psicológico (Castro, Melo & Silvares, 2003). Esse modelo de intervenção preventiva - focado no ambiente - mostrou-se eficiente no alcance dos objetivos propostos, promovendo melhoras, sobretudo

na interação entre crianças e destas com suas professoras, bem como na percepção de suas mães.

Em 1999 Löhr propôs, junto à graduação em psicologia de uma universidade pública paranaense, a criação de um projeto visando o desenvolvimento de Habilidades Sociais em pré-escolares. Este projeto atendeu entre 1999 e 2004 cerca de 200 crianças da rede pública de ensino na cidade de Curitiba. A meta do projeto era desenvolver habilidades facilitadoras do relacionamento da criança com seus pares nas etapas iniciais da escolarização, evitando assim o sofrimento da criança que não tem as habilidades necessárias para o convívio interpessoal produtivo e passa pela dor do isolamento por ser tímida, ou pela rejeição dos pares por apresentar um padrão de interação em que predominam comportamentos agressivos. Na condução de diversos grupos foi possível perceber que a adesão era maior por parte das famílias cujas crianças já apresentavam problemas. Os professores e direção da escola também enfatizavam mais a intervenção reabilitadora do que a preventiva. Por mais que a escola fosse esclarecida do foco preventivo do projeto, era comum o questionamento sobre a possibilidade de inserir crianças com problemas já instaurados, nos grupos de intervenção do projeto. O projeto tinha uma vertente de atuação direcionada aos pais. Poucos pais compareciam às reuniões agendadas, justificando sua ausência com a alegação de que uma vez que seus filhos não tinham problemas, não precisavam comparecer. Tal atitude mostra o quanto a sociedade ainda não está preparada para engajar-se em prevenção e promoção da saúde. O projeto, na sua implementação, pressupunha atividades desenvolvidas por acadêmicos de psicologia de diferentes séries, propiciando espaço na formação, que visava desenvolver nos futuros psicólogos abertura e sensibilidade para a necessidade de ações preventivas (Löhr, Sternadt, Loyola & Silva, 2000).

Indo ao encontro da proposição de Roosa, Michaels e Suh (1995) de que todos os programas preventivos, uma vez testados e demonstrada sua eficácia, deveriam ser disseminados, Melo (2006) desenvolveu parte de seu programa preventivo multifocal, junto a psicólogos e professores da rede pública, voltado à promoção da competência social em escolares, residentes numa comunidade de risco para a prevalência de transtornos de conduta. Esse trabalho contemplou sete escolas do estado de São Paulo, envolvendo a orientação de sete professores, a aplicação do programa a 248 alunos, treinamento e supervisão a sete psicólogas que já atuavam em escolas de ensino infantil e em consultório. Se por um lado, os resultados sinalizam a necessidade de uma intervenção mais abrangente, incluindo orientação parental, por outro, foi positiva a avaliação dos ganhos verificados ao final desse estudo. Entre as crianças e seus professores, os resultados alcançados indicaram alternativas de conduta mais flexíveis e tolerantes, concretizando recomendações relativas aos programas de disseminação de que devem ajudar as pessoas a desenvolver respostas mais saudáveis na sua interação com o meio, especialmente em seus relacionamentos com pessoas significativas. A disseminação do programa contribuiu para ampliar as possibilidades de

intervenções fora do consultório, atendendo a necessidades da comunidade (Biglan & Smolkowski, 2002, Olweus, & Limber, 2010).

Integrante de um grupo de pesquisadores de Ribeirão Preto (SP), Elias (2003) realizou estudo de caracterização da população e de intervenção junto a crianças encaminhadas com queixa de baixo rendimento escolar e dificuldades comportamentais. Outro trabalho que focalizou as dificuldades acadêmicas associadas ao desempenho social foi o de Del Prette e Del Prette (2003). Os autores defendem que déficits nas habilidades sociais figuram como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de comportamento. Em linhas gerais, todos estes estudos enfatizam que o risco de desajustamento pode ser reduzido quando são promovidas competências gerais e específicas voltadas para a ampliação do repertório de comportamentos pró-sociais em jovens, auxiliando-os a identificar situações e problemas, implementar soluções, avaliar resultados e manter ou modificar estratégias.

Naturalmente, são consideráveis as variações que os trabalhos preventivos apresentam quanto ao foco de atuação, com programas que contemplam isolada ou conjuntamente – pais, pares, crianças e professores. Por isso mesmo, Biglan e cols. (1994) defendem que a prevenção agregada à intervenção comunitária pode ser mais eficaz porque modifica a influência dos pares através da mobilização de canais adicionais, como pais e professores.

A defesa, assim como a realização de estudos multifocais que buscam prevenir desajustes comportamentais via promoção de competências têm-se tornado comum na literatura (e.g. Elias, 2003; Bierman, 2004; Melo & Silveiras, 2007, Webster-Stratton & Reid, 2008). Porém, ainda são poucos os estudos que incluem pais, professores, colegas, além das próprias crianças, que são alvo das intervenções, principalmente em nosso país. Nesse sentido, o delineamento de intervenções em vários ambientes, envolvendo vários agentes significativos para a criança, constitui uma alternativa importante, já que tende a produzir efeitos mais abrangentes e mais duráveis no tempo, como afirma Mash (1998).

Mas se a prevenção e a promoção de saúde são tão importantes e a psicologia é uma das ciências que mais pode contribuir neste sentido, por que ela é tão pouco valorizada na formação em Psicologia? Poucas são as instituições de ensino que incluem disciplinas ou atividades práticas na forma de estágios, cujo objetivo central esteja afinado com os princípios de promoção de saúde ou da prevenção psicológica, o que significa que os modelos que focalizam a remediação de problemas/doenças ainda marcam a formação, a ciência e a profissão em nosso país (Lacerda Júnior & Guzzo, 2005). Uma hipótese para explicar tal déficit, pode estar relacionada ao fato de que professores supervisores de estágio, cuja formação deu-se nos moldes tradicionais, tendo sua prática voltada às intervenções curativas e individuais, podem sentir certo desconforto e não se julgarem capacitados para orientar acadêmicos em propostas diferenciadas, repetindo, nas atividades que orientam, o modelo que receberam em sua formação.



A nossa sociedade embora fale tanto em prevenção, é ainda movida pelas conseqüências imediatas da ação. Observa-se que as pessoas tendem a esquivar-se de ações preventivas, julgando que não é para elas, já que não apresentam no momento o problema alvo da intervenção. Ou seja, quando se oferecem trabalhos preventivos, há dificuldade de engajamento por parte da população em geral, ocasionando baixo nível de adesão.

Se para o professor supervisor inserir atividades focadas na promoção da saúde e na prevenção psicológica é um desafio, se a comunidade tem baixa adesão a tais ações, fica fácil compreender o afastamento ou a dificuldade dos acadêmicos de psicologia em debruçar-se sobre intervenções envolvendo ações preventivas e de promoção da saúde e ao mesmo tempo o conflito que se instala, quando eles passam a refletir sobre o binômio custo-benefício. Para que haja engajamento dos futuros psicólogos com propostas preventivas, é necessário que os mesmos trabalhem sua tolerância à frustração e modifiquem suas crenças e valores, o que não é uma tarefa simples. Profissionais preparados para atuar preventivamente e na vertente de promoção da saúde têm condições de auxiliar a sociedade a mudar a perspectiva de atuação, o que reflete em aumento nas condições de sobrevivência pessoal e grupal, evitando problemas futuros.

Os cursos de psicologia precisam analisar seus currículos, incluindo neles disciplinas que venham a desenvolver habilidades para intervenções que vão além do atendimento individual, investindo em ações coletivas. Disciplinas frequentemente ofertadas nas graduações, como Psicologia social e comunitária poderiam ser analisadas no que tange a capacitação do futuro psicólogo para a promoção de saúde da população. Precisamos lembrar que se trata de um processo em construção. Há indícios, tanto no Brasil quanto em Portugal, que os cursos de psicologia estão sensibilizados para a necessidade de formar os futuros profissionais na direção da promoção de saúde, mas a mudança de paradigmas demora certo tempo para de fato concretizar-se.

## Referências

- Ancona-Lopez, M. (1981) *Avaliação de serviços de psicologia clínica*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ancona-Lopez, M. (1983). Características da clientela de serviços-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, **35**, 78-92.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. Jr. (2002). Measuring risk and protective factors for substance abuse, delinquency, and other adolescent problem behaviors: the communities that care youth survey. *Evaluation Review*, *26* (6), 575-601.
- Bayes, R. La prevención del câncer. (1987). *Jano: Medicina y Humanidades*, *33* (783), 45-55.



- Biglan, A., Smolkowski, K. (2002). The role of the community psychologist in the 21st century. *Prevention & Treatment*, 5 (2), sem paginação especificada.
- Biglan, A., Metzler, C. W. & Ary, D. V. (1994). Increasing the prevalence of successful children: the case for community intervention research. *The Behavior Analyst*, 17, 335-351.
- Bierman, K.L. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. Nova York: Guilford.
- Buhs, E. S.; Ladd, G. W.; Herald-Brown, S.L. (2010). Handbook of bullying in schools: An international perspective. In: Shane R. Jimerson, Susan M. Swearerhttp & Dorothy L. Espelage (Orgs.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective*. (pp. 163-172). New York, NY, US: Routledge/Taylor.
- Buss, P.M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia, Dina & Freitas, C.M. (Orgs.). *Promoção da Saúde*. (pp19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carvalho Teixeira, J. A. C. (2002). Psicologia da saúde em Portugal – panorâmica breve. *Análise Psicológica*, 20 (1), 165-171.
- Castro, R.E.F.; Melo, M.H.S; Silvares, E.F.M. (2003). O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 309-318.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Editora Alínea.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2003). Habilidades sociais e dificuldades de Aprendizagem: teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem – questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 167-206). Campinas: Editora Alínea.
- Dumka, L. E., Roosa, M. W., Michaels, M. L. & Suh, Q. W. (1995). Using research theory to develop prevention program for high risk families. *Family Relations*, 44, 78-86.
- Durlak, J. & Wells, B. (1997). Primary prevention programs for children and adolescents: meta-analysis review. *American Journal of Community Psychologist*, 25, 115-153.
- Elias, L. C. S. (2003). *Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados: caracterização e intervenção*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Orgs.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). M. D: Department of Health and Human Services.
- Guareschi, N., Dhein, G., Reis, C., Machry, D. & Bennemann, T. (2009) A formação em psicologia e o profissional da saúde para o SUS. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 61(3), 35-45
- Kazdin, A. E. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños

- con transtornos de conducta. *Psicología Conductual*, 3 (2), 231-250.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Lacerda Júnior, F.; Guzzo, R. S.L. (2005). Prevenção primária: análise de um movimento e possibilidades para o Brasil. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 239-249.
- Lamal, P.A. (1997). *Cultural Contingencies - Behavior Analytic Perspectives on cultural Practices*. Connecticut: Praeger Publishers.
- Leavell, H.; Clarck, E.G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill.
- Löhr, S. S., & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: E. F. M. Silveiras (Org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (pp. 11-22). Campinas: Alínea.
- Löhr, S.S., Sternadt, A., & Silva, A. L.E. (2000). Habilidades pró-sociais na infância: um enfoque preventivo na extensão universitária. *Participação - Revista do decanato de extensão da Unviersidade de Brasilia*, 4 (8), 21-23.
- Mash, E. J. (1998). Treatment of child and family disturbance: a behavioral - systems perspective. In: E. J. Mash & R. A. Barkley (Orgs.), *Treatment of childhood disorders*. Nova York: Guilford Press.
- Lhullier A., Nunes, M.L, Horta, B. (2006). Preditores de abandono de psicoterapia em pacientes de clínica-escola. In: E. F. M. Silveiras (Org). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. (pp. 229-56). Campinas: Alínea.
- Mash, E.J. & Graham, S.A. (2005). Classificação e tratamento da psicopatologia infantil. In: V.E. Caballo & M.A. Simon (Orgs.). *Manual de psicologia clínica Infantil e do adolescente*. (pp. 29-56). São Paulo: Santos editora.
- Mcfadyen-Ketchum, S. & Dodge, K. A. (1998). Problems in social relationships. In: E. J. Mash & B. A. Barkley (Orgs.). *Treatment of childhood disorders* (pp. 338-365). New York: Guilford Press.
- Mcclure, L., Cannon, D., Belton, E., D'Ascoli, C., Sullivan, B., Allen, S., Connor, P., Stone, P., & McClure, G. (1980). Community psychology concepts and research base. *American Psychologist*, 35 (11), 1000-1011.
- Mejias, N. P. (1987). Modalidades de atuação e pesquisa em psicologia clínica. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 3, 166-177.
- Melo, M. H. (1999). *Um atendimento psicológico preventivo numa clínica-escola de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Melo, M. H. (2003). *Crianças com déficits acadêmicos e de interação no ambiente escolar: uma intervenção multifocal*. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Melo, M. H. S. (2006). *Programa de treinamento para promover competência social em crianças e seus professores no ambiente escolar*. Relatório de pesquisa - pós-doutorado (Fapesp), Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Melo, M.; Silveiras, E. F. M. (2007) Sociometric effects on rejection of children in grade 2 given a multifocal intervention involving teachers, parents, and children in one Brazilian school. *Psychological Reports*, 101 (11), 1162-1172.
- Ministério da Saúde & Ministério da Educação (2007). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde): objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília, DF. Disponível em [http://WWW.prosaude.org/rel/pro\\_saude1.pdf](http://WWW.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf) Acesso em: 03/09/2010.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). New directions in definitions. In: Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Orgs.), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Institute of Medicine. Washington: Natural Academy Press.
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in School: Evaluation and Dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (1), 124-134.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. USA: Castalia.
- Paiva, I. & Yamamoto, O. (2009). Formação e prática comunitária do psicólogo no âmbito do terceiro setor. *Estudos de Psicologia*, 15 (2), 153-160.
- Perez-Ramos, A.M.Q. (1990). Modelos de prevenção: perspectivas dos programas de estimulação precoce. *Psicologia USP* [online], 1 (1), 67-75.
- Ribes-Iñesta, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martins Rocca.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade de São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (1), 111-121.
- Sánchez Vidal, A. S. (1996). *Psicología comunitária: bases conceptuales y metodos de intervención*. Barcelona: EUB.
- Santos, M. A., Moura, L., Pasian, S. R. & Ribeiro, P. L. (1993). Caracterização da clientela de adolescentes e adultos de uma clínica-escola de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9 (1), 123-144.
- Silveiras, E. F. M. (1998). *Clínicas-escola: novas formas de atendimento psicológico*. Tese de Livre Docência, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silveiras, E. F. M. (2000). Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico numa Clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 5 (1), 149-180.
- Silveiras, E.F.M., Meyer, S.B., Santos, E.O.L., & Gerencer, T.T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escola brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). In: E.F.M.Silveiras (Org.). *Atendimento Psicológico em Clínicas-escola*. (pp. 59-72). Campinas: Alínea.
- Skinner, B. F. (1993). *Ciência e comportamento humano* (8a ed.) São Paulo: Martins Fontes (Texto original publicado em 1953).
- Spence, S. H., & Matos, M. G. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In: M. G. Matos, C. Simões, & S. F. Carvalhosa, (Orgs.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*.

- Faculdade de Motricidade Humana, Instituto de Reinserção Social, Ministério da Justiça.
- St. Pierre, T. L., & Kaltreider, D. L. (2001). Reflections on implementing a community agency-school prevention program. *Journal of Community Psychology*, 29 (2), 107-116.
- Trianes, M. V. & Muñoz, A. (1994). *Programa de educación social y afectiva*. Málaga: Delegación de Educación Junta de Andalucía.
- U.S. Department of health and human services. (2000). *Report of the Surgeon General's conference on children's mental health: a national action agenda*. Washington, DC: Author.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (ages 0-8 years). *Prevention Science*, 2 (3), 165-192.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1993). What really happens in parent training? *Behavior Modification*, 17 (4), 407-456.
- Webster-Stratton, C.; Reid, M. J. (2008). *A school-family partnership: addressing multiple risk factors to improve school readiness and prevent conduct problems in young children: summary research on the effectiveness of these three programs for reducing risk factors and strengthening protective factors associated with children's social, emotional development and school success*. University of Washington. Disponível em: <<http://www.incredibleyears.com/library/paper.asp?nMode=1&nLibraryID=562>>. Acesso em: 02/08/2010.
- Yoshida, E.M.P. (1999). Psicoterapia Breve e prevenção: eficácia adaptativa e dimensões da mudança. *Temas em Psicologia*, 7 (2), 119-129.